

Fibrosarcome et tumeurs du « Complexe Fibrosarcome Félin »

Auteurs : Pauline de Fornel - DVM, DESV, Kristina Museux - DVM, Daniela Prata - DECVF

Chez le chat (âge moyen de 9 ans), le fibrosarcome est la tumeur cutanée/sous-cutanée la plus fréquente (12-41%).

Il peut s'agir d'une tumeur spontanée, se développant sur des sites d'injection ou viro-induite.

Certains vaccins (vaccins adjuvés en particulier) ont été longtemps considérés comme cause favorisante au développement des tumeurs du « complexe fibrosarcome félin » (fibrosarcomes et autres sarcomes des tissus mous). Ces tumeurs se développent au niveau des sites classiques d'injections (zone inter scapulaire, face dorsale du cou, thorax, flancs, lombes). Aujourd'hui, l'hypothèse principale est que tout microtraumatisme à l'origine d'une réaction inflammatoire peut provoquer le développement d'un sarcome des tissus mous chez un chat « prédisposé » (chats présentant une modification de la réponse inflammatoire et de la balance entre les différentes cytokines engagées, conduisant notamment à un déficit en interleukine 2, cytokine largement impliquée dans la réponse immunitaire contre le cancer).¹

Présentation clinique

Tout nodule qui persiste plus de 3 mois après injection, de plus de 2 cm de diamètre ou augmentant de taille dans le mois suivant une injection (règle «3, 2, 1») doit faire penser à une tumeur du «complexe fibrosarcome félin».²

Le développement des tumeurs est très variable dans le temps (de 4 semaines à 10 ans après un microtraumatisme).³



Classification

Critères histologiques :

Les tumeurs du «complexe fibrosarcome félin» comprennent à part le fibrosarcome d'autres sarcomes des tissus mous: ostéosarcome et chondrosarcome extrasquelettiques, sarcome pléomorphe, sarcome indifférencié, sarcome à cellules géantes, liposarcome, myxosarcome...

Ces tumeurs sont souvent associées à des foyers inflammatoires (panniculite), avec agrégats de lymphocytes et de macrophages à cytoplasme souvent d'aspect granuleux gris-bleuté, évoquant du matériel exogène phagocyté (développement sur site d'injection ?).

Stades cliniques (OMS):

Tumeur	T0	Tumeur <i>in situ</i>
	T1	< 2 cm
	T2	2-5 cm
	T3	> 5 cm
Métastases (mts) dans les nœuds lymphatiques régionaux (NL)	N0	Absence de métastases
	N1	Présence de métastases
Métastases à distance	M0	Absence de métastases
	M1	Présence de métastases

1. Srivastav and coll. Comparative vaccine-specific and other injectable-specific risks of injection-site sarcomas in cats. *J Am Vet Med Assoc*, 2012; 241 (5): 595-601.

2. Morrison WB and coll. Vaccine-associated feline sarcoma. *J Am Vet Med Assoc*, 2001;218(5):697-702.

3. Liptak JM and coll. Soft tissue sarcoma. In : *Withrow & MacEwen's, ed. Small Animal Clinical Oncology, 5th edition. Philadelphia, 2013: 369-380.*

Diagnostic

Analyse histologique :

La biopsie est à privilégier aux cytoponctions et toute biopsie doit être réalisée en vue d'une future chirurgie (exérèse de tout tissu au contact du trajet de biopsie). Toutefois, la biopsie est rarement réalisée, la présentation clinique étant le plus souvent univoque. Le diagnostic de certitude est obtenu par analyse histologique de la pièce d'exérèse.

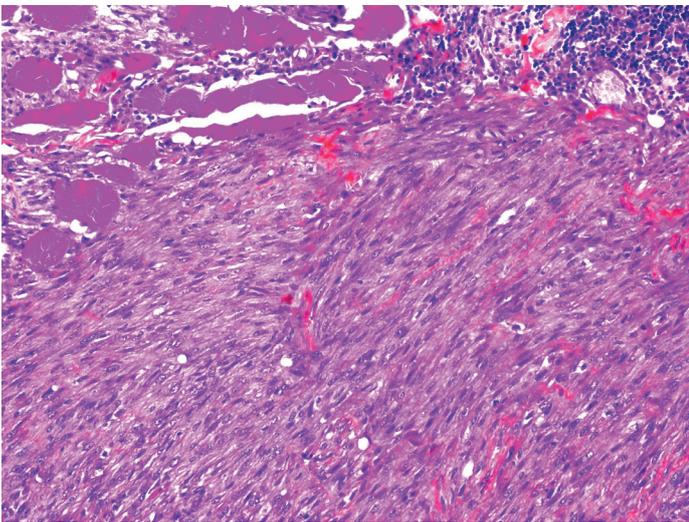
Bilan d'extension :

Le fibrosarcome est une tumeur localement agressive avec un faible pouvoir métastatique (métastases pulmonaires, moins fréquemment ganglionnaires ou dans d'autres organes, dans 13% des cas, le plus souvent sur récurrence).⁴

- Palpation de la tumeur pour évaluer son caractère infiltrant, toutefois sous-estimé par palpation.
- Radiographies du thorax pour la recherche de métastases pulmonaires, surtout en cas de récurrences.
- Examen tomodensitométrique pour évaluer l'extension de la tumeur (infiltration des plans musculaires, atteinte osseuse) et planifier la chirurgie, rechercher des métastases.

Pronostic et traitement

En raison de son caractère localement infiltrant, le risque de récurrence après chirurgie est élevé.



Facteurs pronostiques :

Taille	Les tumeurs < 2 cm ont un meilleur pronostic.
Chirurgie	La chirurgie complète (marges d'exérèse histologiquement saines) augmente significativement la durée de survie sans récurrence par rapport à la chirurgie incomplète
Localisation	La localisation interfère sur le pronostic en conditionnant la faisabilité d'une chirurgie large.

Chirurgie :

La chirurgie est le traitement de choix.

La chirurgie doit être large et comprendre 2 plans profonds et ≥ 3 cm de marges latérales.⁷ L'examen tomodensitométrique aide à planifier la chirurgie (évaluer si l'amputation partielle de la scapula ou des processus épineux est nécessaire par exemple).

Avec chirurgie seule, les récurrences surviennent dans 30 à 70 % de cas, la plupart se développant dans l'année qui suit l'exérèse (médiane de survie sans récurrence 94 jours⁵).

Les chirurgies radicales (amputation notamment) sont associées aux survies les plus longues.

Radiothérapie :

La radiothérapie associée à la chirurgie diminue le risque de récurrence locale (médiane de survie sans récurrence 24-37 mois).^{6,7,8}

Le protocole est choisi selon la taille, la localisation de la tumeur et le nombre de chirurgies précédentes :

- **radiothérapie externe** : 3-5 fractions par semaine de 3 Gy sur 4-5 semaines, dose totale 36-68 Gy
- **radiothérapie interstitielle** (iridium192) pour les tumeurs de moins de 5 cm : dose totale équivalente de 60 Gy.

Immunothérapie

Des injections locales d'interleukine 2 (Oncept IL-2 ND), en parallèle d'une irradiation, après exérèse chirurgicale du fibrosarcome conduisent à une diminution du risque de récurrence locale et une augmentation de la survie sans récurrence, en comparaison à une association chirurgie-irradiation.

Chimiothérapie :

Aucune étude ne confirme l'intérêt de la chimiothérapie. Différents protocoles (adriablastine +/- endoxan, paraplattine) sont rapportés dans un but palliatif lors de tumeurs inopérables, en adjuvant à la chirurgie avec ou sans radiothérapie.

Vous pouvez contacter MICEN VET pour plus d'informations
Téléphone : 01 43 68 07 31. Fax : 01 43 75 12 42. Email : contact@micen-vet.fr

La réalisation d'une chimiothérapie demeure sous la responsabilité du vétérinaire qui l'effectue.

4. de Fernel-Thibaud P and coll. Evaluation of pulmonary metastasis by single breath-hold helical CT in cats with fibrosarcoma. Poster ESOVNC congress 2012.

5. Hershey AE and coll. Prognosis for presumed feline vaccine-associated sarcoma after excision: 61 cases (1986-1996) J Am Vet Med Assoc, 2000; 216(1):58-61.

6. Bregazzi V and coll. Treatment with a combination of doxorubicin, surgery, and radiation versus surgery and radiation alone for cats with vaccine-associated sarcomas : 25 cases (1995-2000). J Am Vet Med Assoc, 2001;218 (4),547-550

7. Eckstein C and coll. A retrospective analysis of radiation therapy for the treatment of feline vaccine-associated sarcoma. Vet Comp Oncol. 2009;7:54-68.

8. de Fernel-Thibaud P and coll. Use of interstitial brachytherapy (iridium-192) for treatment of fibrosarcomas in cats : 252 cases (2000-2004). Présentation orale ECVIM congress 2010.